



<b>H: EVALUATION DES LIMITATIONS D'ACTIVITES (V.Simonet)</b>		
Cotation :	<b>2</b>	oui, la personne éprouve des difficultés dans cette tâche
	<b>1</b>	non, la personne n'éprouve pas de difficultés dans cette tâche
	<b>0</b>	La personne n'effectue habituellement pas cette tâche

<b>TACHES</b>		
1)	La personne éprouve-t-elle des difficultés à s'occuper seule des soins la concernant :	
	<u>Description</u>	<u>Cotation</u>
	Pour se laver, soigner son apparence	
	Pour s'habiller	
	Pour utiliser les latrines	
2)	La personne éprouve-t-elle des difficultés à se déplacer :	
	Pour marcher sur de courtes distances à se déplacer seule	
	Pour marcher sur de longues distances	
	Pour marcher sur des surfaces inégales ou en pente	
	Pour se déplacer avec un véhicule	
	Pour courir	
3)	La personne éprouve-t-elle des difficultés dans sa vie domestique	
	Pour faire le marché	
	Pour préparer les repas	
	Pour s'occuper des enfants	
	Pour entretenir le foyer	
4)	La personne éprouve-t-elle des difficultés dans sa vie sociale, professionnelle ou scolaire	
	Pour réaliser ses activités scolaires	
	Pour réaliser ses activités lucratives habituelles	
	Pour participer aux activités de loisir	
	Pour participés aux activités communautaires	

<b>I: REEDUCATION</b>	Quelles mesures devraient être réalisées ?		
	RIEN A FAIRE	PHYSIOTHERAPIE	AUTRES INTERVENTION
<b>Déficit de Mobilité</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>
<b>Cicatrice</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>
<b>Amputation</b>	<b>0</b> <input type="checkbox"/>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>

Date : 2013

Signature



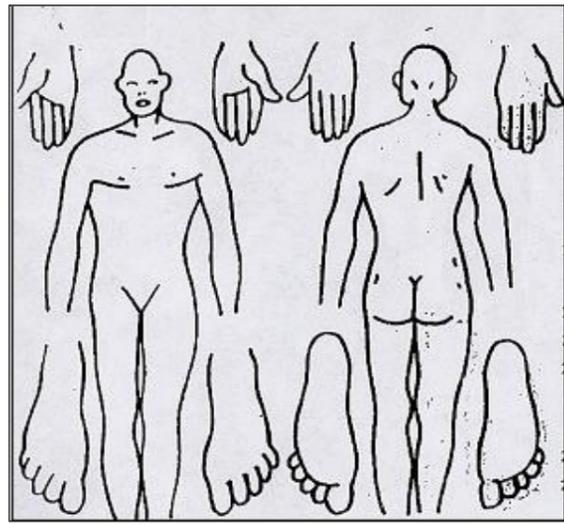
<b>Formulaire du Suivi</b>	Date de visite : ..... 2013 USP .....
<b>A: ID du patient</b> .....	<b>Age actuel</b> ..... ans
<b>Nom</b> .....	<b>Prénom</b> .....
<b>Village</b> .....	<b>District</b> .....
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Cicatrice BCG : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Consentement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Formulaires OMS UB01-R : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<b>B: Buruli précédent - Présentation clinique</b>			
<input type="checkbox"/> Nodule	<input type="checkbox"/> Papule	<input type="checkbox"/> Plaque	<input type="checkbox"/> Lésion unique
<input type="checkbox"/> Ulcéré	<input type="checkbox"/> Œdème	<input type="checkbox"/> Ostéomyélite	<input type="checkbox"/> Lésions multiples ( )
Catégorie : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III			

<b>C: Traitement</b>			
<b>1<sup>er</sup> Traitement</b>	RF/STR : <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>	Chirurgie : <input type="checkbox"/>
	Date début du traitement :		Date Fin de traitement :
<b>2<sup>eme</sup> Traitement</b>	RF/STR : <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>	Chirurgie : <input type="checkbox"/>
	Date début du traitement :		Date Fin de traitement :
Sorti guéri: <input type="checkbox"/>	Sorti non guéri: <input type="checkbox"/>	Quelles séquelles?	

<b>D: Résultat</b>	<b>Suspect Récidive/Rechute :</b> <input type="checkbox"/> Récidive <input type="checkbox"/> Rechute
	<b>Suspect Incapacité :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Document Incapacité
	<b>Durée de la nouvelle maladie :</b> ..... semaines
	<b>Lésion douteuse :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>Lésion intermédiaire :</b> Oui <input type="checkbox"/>
	<b>Lésion multiples :</b> <input type="checkbox"/> Membre inf. (1) <input type="checkbox"/> Membre sup. (2) <input type="checkbox"/> autre Localité (3)
	<b>Consultation</b> recommandée dans 4 semaines : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>Laquelle ?</b> <input type="checkbox"/> Traumatisme (1) <input type="checkbox"/> Brûlure (2) <input type="checkbox"/> Autre (3)

**S'IL N'YA AUCUNE PATHOLOGIE LIBERER LA PERSONNE EVALUEE**

<b>E : Localisation et lésion (Suspect Récidive/Rechute)</b>			
	<b>Œdème</b> (OE) = 1	<b>Plaque</b> (P) = 2	<b>Nodule</b> (N) = 3
			<b>Ulcère</b> (U) = 4
<input type="checkbox"/> Récidive : Même endroit comme précédent			
<b>Localisation</b>			
Membre inf. (a)	Membre sup. (b)	Autres (c)	
<b>Documentation photographique</b>			
<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
<b>Date :</b>			
<b>Signature :</b>			



**F: Echantillons cliniques suspects rechute- MIC<sup>1</sup> PCR<sup>2</sup> RNA<sup>3</sup> WP6 :**  oui  non

A) Nodule, Plaque, Œdème: 1. FNA (tube 300ml CLS) pour PCR 2. FNA (frotti pour ZN-Microscopie) 3. FNA (tube PANTA 500µl) pour PCR (DNA+RNA)	B) Ulcère: 1. Swab(tube 700ml CLS) pour PCR 2. Swab(frotti pour ZN-Microscopie) 3. Swab(tube PANTA 500µl) pour PCR (DNA+RNA)	C) Autres + ulcère chronique (borde cicatrisée) 1. FNA (tube 300ml CLS) pour PCR 2. FNA (frotti pour ZN-Microscopie) 3. FNA (tube PANTA 500µl) pour PCR (DNA+RNA)
--	---	--

**A Nodule, Plaque, Œdème**  
 Ø du nodule/plaque ...../.....mm

WP6 (*PCR **MIC *** RNA )			
	AAF1* <input type="checkbox"/>	Biopsie punch* <input type="checkbox"/>	Biopsie chirurgicale * <input type="checkbox"/>
	AAF2** <input type="checkbox"/>		
	AAF3*** <input type="checkbox"/>		

**B Ulcère**  
 Ø de l'ulcère ...../..... mm Catégorie.....

WP6 (*PCR ** MIC ***RNA)			
Ecouvillon1* <input type="checkbox"/>	AAF1* <input type="checkbox"/>	Biopsie punch* <input type="checkbox"/>	Biopsie chirurgicale * <input type="checkbox"/>
Ecouvillon2** <input type="checkbox"/>	AAF2** <input type="checkbox"/>		Biopsie chirurgicale** <input type="checkbox"/>
Ecouvillon3*** <input type="checkbox"/>	AAF3*** <input type="checkbox"/>		

**C Autres (Ostéomyélite) + ulcère chronique (bord cicatrisé)**

WP6 (*PCR **MIC)	
Ecouvillon 1 <input type="checkbox"/>	Biopsie chirurgicale * <input type="checkbox"/>
Ecouvillon 2 <input type="checkbox"/>	Biopsie chirurgicale** <input type="checkbox"/>

UB vérifié :  oui  non



**DATES ET HISTOIRE DU MALADE** Date de la visite ..... 2013 ID :

Nom : Prénom :  
 USP : Village : District :  
 Buruli précédent :  
 Œdème (1)  Plaques (2)  Nodule (3)  Ulcère (4)  Categorie I II III

**G: INCAPACITÉ (INCAP) :**

INCAP. antérieur au traitement précédent/Tsévié : Oui (1)  Non (0)

Si oui laquelle ?  
 Localisation : Membre inf. (1)  Membre sup. (2)  Autres Localisations (3)

Développement spontanée sans intervention au cours du traitement : Oui (1)  Non (0)

Développement lié à l'intervention/Tsévié : Oui (1)  Non (0)

Si oui lié à laquelle ?  
 Excision (1)  Greffe (2)  Autres (3)

Multiples interventions : Oui (1)  Non (0)

Interventions liées à l'UB : Oui (1)  Non (0)

Documentation Photo : Oui (1)  Non (0)

**DEFICIT DE MOBILITE** **DOCUMENTATION DE L'INCAPACITE :** Indiquer comme suivant:  
 Au quel niveau ? Cicatrice ††† Déficit de Mobilité →→ Amputation — — Œdème O

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_

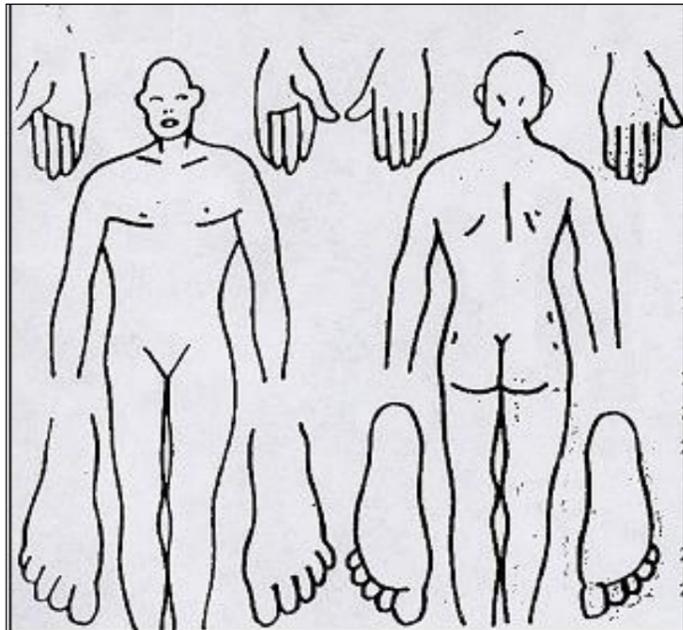
Mesurer le déficit articulaire à l'aide du **Goniomètre**  
 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_

Le déficit de mobilité est resté :  
 Tolérable (1)  
 Augmenté (2)

La personne est gênée : Oui (1)  Non (0)

Elle a repris de nouvelles Activités : Oui (1)  Non (0)

Les mesures de la cicatrice (cm x cm): Longueur : Largeur :



*Si le déficit de mobilité de la personne a augmenté et/ou si elle est beaucoup gênée et limitée dans ses activités quotidiennes continuer en détails par : « L'Evaluation des Limitations d'Activité » d'après V. Simonet (tourner svp)*

Date : 2013 Signature